NOTICE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr L. DUBAR

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Lille
Chirurgien des Hôpitaux

LILLE
IMPRIMERIE VERLY, DUBAR ET Cie
8, Grande-Place, 8

1886

NOTICE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr L. DUBAR

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Lille
Chirurgien des Hôpitaux

LILLE
IMPRIMERIE VERLY, DUBAR ET Cie
8, Grande-Place, 8
1886

TITRES SCIENTIFIQUES

1873 PROSECTEUR D'ANATOMIE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE.

1873-1875 CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA MÊME ÉCOLE.

1877-1881 INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS.

1881 DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

1882 CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE LILLE (reçu 1er au concours de)

1883 PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE (reçu 1er pour Lille au concours de)

1883-84—1884-85 CHARGÉ DU COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE LILLE.

1886 PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE LILLE.

DISTINCTIONS SCIENTIFIQUES

1874 LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE.

1874 LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU NORD.

1881 LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Médaille d'Argent).

1881 MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS.

1881 LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS (Prix Duval).

1882 LAURÉAT DE L'INSTITUT — ACADÉMIE DES SCIENCES (Prix Godard).

1884 MENTION AU GRAND PRIX MONTHYON DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE L'INSTITUT.

1879 MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

1884 MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU NORD.

1885 OFFICIER D'ACADÉMIE.

ENSEIGNEMENT

1878-1879 CONFÉRENCES POUR PRÉPARER LES CANDIDATS A L'INTERNAT.

1879-1880 CONFÉRENCES CLINIQUES — HÔPITAL SAINT-ANTOINE ET DE LA CHARITÉ.

1877-1880 LEÇONS A L'AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX DE PARIS.

1883-84—1884-85 CHARGÉ DU COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX

---

1. *Plaie du diaphragme.*

(*Bulletin médical du Nord*, septembre 1872)

2. *Erysipèle symétrique.*

(*Bulletin médical du Nord*, novembre 1872.)

3. *Adhérence complète des deux valves de la valvule mitrale par un caillot organisé.*

(*Bulletin médical du Nord*, novembre 1872.)

4. *Opération césarienne. — Autopsie.*

(*Bulletin médical du Nord*, décembre 1872)

5. *Cancer abdominal généralisé.*

(*Bulletin médical du Nord*, décembre 1872.)

6. *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.*

(*Bulletin médical du Nord*, décembre 1872.)

7. *Cancer du pilore. — Perforation de l'estomac et péritonite secondaire localisée.*

(*Bulletin médical du Nord*, décembre 1872.)

8. *Fracture de la colonne vertébrale avec déplacement. — Rupture de la dure-mère et de la moelle épinière. — Réduction. — Persistance de la paraplégie. — Mort.*

(*Bulletin médical du Nord*, mai 1873.)

9. *Calcul vésical spontanément divisé. — Exemple très curieux de fragmentation spontanée d'une grosse pierre dans la vessie.*

(*Bulletin médical du Nord*, novembre 1873.)

10. *Fracture de la colonne vertébrale. — Réduction. — Mort.*

(*Bulletin médical du Nord*, janvier 1874.)

11. *Cancer du sinus maxillaire*

(*Bulletin médical du Nord*, février 1874.)

12. *Plaie de tête, phlébite suppurée des veines du diploë. — Infection purulente. — Mort.*

(*Bulletin médical du Nord*, juillet 1874.)

13. *Cystite chronique. — Vaste membrane trouvée à l'état libre dans la vessie et correspondant à presque toute l'étendue de ses parois.*

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1877, p. 291.)

Le plus souvent, d'après Dolbeau, les parties détachées et libres dans la vessie sont des fausses membranes incrustées. Dans le cas particulier, la membrane, examinée au microscope, était formée par la muqueuse vésicale, dont la couche épithéliale avait disparu, et par une partie de la couche musculeuse sous-jacente. La séparation de cette membrane avait dû se faire peu à peu par décollement progressif au niveau d'une ancienne ulcération.

14. *Méningite cérébro-spinale tuberculeuse.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 240.)

Nous avons insisté dans ce travail sur la difficulté du diagnostic au début, sur l'allure bizarre de la maladie. A l'autopsie, les lésions plus accusées du côté de la moelle nous rendirent compte de la succession des symptômes. La granulie des poumons nous montra une fois de plus que cette lésion ne se traduit à l'auscultation par aucun signe.

15. *Urémie, forme délirante et comateuse. — Transformation kystique des deux reins.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 379.)

Il est remarquable que la vie ait pu se prolonger aussi longtemps avec une dégénérescense kystique presque complète des

deux reins. Ils ont doublé de volume et leur surface présente un nombre considérable de kystes de grandeur diverse, depuis un petit œuf de poule jusqu'à un grain de chenevis. Ces kystes contenaient des liquides de coloration variant du jaune clair au brun noir, et offrant entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires. La transparence de ces kystes, la richesse et la diversité de leur teinte faisaient ressembler ces reins, exposés à la lumière, à des grappes de raisins composés de grains de différentes couleurs.

La profondeur des deux reins n'est pas moins dégénérée que la surface. De la substance corticale et des pyramides il ne reste que quelques îlots à peu près intacts, dans lesquels l'examen microscopique démontre l'existence d'une infinité de petits kystes.

16. ***Quelques considérations sur la trachéotomie et spécialement sur la trachéotomie dite en un seul temps.***

(*Monogr. in-8° de 36 p. et Bulletin général de thérapeutique,* N°s des 30 mai, 15 juin et 30 juin 1879.)

Nous avons cherché à établir dans cette monographie que la trachéotomie dite en un seul temps est une bonne opération, capable de rendre les plus grands services dans les cas urgents. Nous avons refuté les objections diverses qui avaient été émises par ses adversaires. Nous avons démontré: 1° que les points de repère étaient suffisants pour permettre d'atteindre sûrement la trachée ; 2° qu'en pénétrant à une profondeur de un centim. 1/4 et pas au delà, on était certain chez l'enfant, dans l'immense majorité des cas, de pénétrer dans la partie supérieure de la trachée sans toucher la paroi postérieure de ce conduit et *à fortiori* l'œsophage ; 3° qu'on était averti qu'on avait pénétré

dans les voies aériennes par un sifflement particulier et par la projection d'une fine pluie de sang, se montrant sur les faces du bistouri ; 4° que l'hémorragie est moins fréquente et moins redoutable par le procédé en un temps que par d'autres procédés.

Dans une deuxième partie, nous avons exposé en détails le Manuel opératoire de la trachéotomie en un temps.

17. *Anévrisme de la crosse de l'aorte. — Anévrisme faux consécutif. — Traitement par l'électrolyse.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1870, p. 386.)

Dans cette communication à la Société anatomique, nous avons exposé longuement le manuel opératoire de l'électrolyse suivant la méthode d'Anderson et de Ciniselli. Nous avons montré les résultats obtenus par le passage des courants dans une vaste poche anévrismale. Ces résultats ont été constatés pendant la vie et à l'autopsie de la malade.

18. *Dilatation bronchique. — Noyaux de broncho-pneumonie avec gangrène centrale.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 399.)

19. *Périostite phlegmoneuse diffuse de l'os iliaque droit, de l'extrémité supérieure du fémur droit, et de l'extrémité inférieure du premier métacarpien gauche.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 402.)

La difficulté du diagnostic, la multiplicité des lésions osseuses et périostiques, la rareté de la localisation de la périostite phlegmoneuse diffuse dans l'os iliaque font l'intérêt de cette présentation.

20. *Cirrhose et cancer primitif disséminé du foie.*

(Bulletin de la Société anatomique, 1879, p. 405.)

Il est extrêmement rare de rencontrer évoluant simultanément dans le foie la cirrhose et le cancer. Nous en avons observé un exemple que nous avons décrit avec soin.

Le diagnostic, pendant la vie, avait été hésitant. Tour à tour on avait pensé à une dégénérescense cancéreuse, à une altération cirrhotique du foie ; finalement on s'était attaché à cette dernière idée. L'autopsie est venue démontrer la coexistence des deux maladies.

A l'œil nu le foie contenait des noyaux cancéreux, les uns volumineux, d'autres très petits ; sur d'autres points il était fibreux, dur, atrophié.

L'examen histologique vint confirmer l'observation à l'œil nu. Il démontra de plus que dans certaines portions de la glande hépatique, à côté de certains lobules présentant les lésions si faciles à reconnaître de la cirrhose, il en existait d'autres contenant des cellules cancéreuses. Les cellules hépathiques de ces derniers étaient elles-mêmes envahies par le cancer. Dans ces points la cirrhose et le cancer se trouvaient donc à l'état diffus.

21. *Carcinome colloïde de l'S iliaque chez un jeune homme de 19 ans. — Laparotomie. — Anus contre nature.*

(Bulletins de la Société anatomique, 1879, p. 644)

Il s'agit d'un carcinome colloïde-type, absolument exceptionnel à cette période de la vie. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

22. *Triple anévrisme de l'aorte.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1879, p. 678.)

Deux poches anévrysmales ont été reconnues pendant la vie. A l'autopsie, la crosse de l'aorte et la portion pectorale de cette artère se présentent avec trois tumeurs complètement distinctes, séparées les unes des autres par des segments d'artère offrant les dimensions habituelles.

La première de ces tumeurs se rencontre sur la partie ascendante de la crosse de l'aorte, immédiatement au-dessus des attaches du péricarde. Elle va de ce point jusqu'à un centimètre de l'origine du tronc brachio-céphalique. Elle a le volume d'un gros œuf de poule. La deuxième tumeur, qui présente le volume d'une tête de fœtus à terme, répond à la partie descendante de la crosse de l'aorte et à la portion supérieure de l'aorte pectorale. Elle commence 4 centimètres plus bas que la naissance de la sous-clavière gauche et s'étend jusqu'à la sixième vertèbre dorsale.

Enfin, au-dessus des piliers du diaphragme, s'élève une troisième tumeur, qui présente la grosseur d'un œuf d'autruche.

Ces trois tumeurs, dans leur ensemble, ressemblaient à trois fruits suspendus à une branche. Elles se sont développées aux dépens du segment postérieur du vaisseau. — L'orifice qui les fait communiquer avec l'intérieur de l'artère est sensiblement égal pour les trois poches : il a une forme circulaire et présente la grandeur d'une pièce de 2 francs en argent. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

23. *Cystite purulente ammoniacale. — Autopsie. — Existence d'une épaisse valvule au niveau de la partie postérieure du trigone vésical, et d'une large cellule vésicale en arrière de la valvule.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1880 p. 106)

24. *Abcès du lobe antérieur du cerveau, survenu à la suite d'une fêlure de la voûte orbitaire. — Méningite de la base. — Mort. — Autopsie.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1880, p. 209.)

L'histoire clinique de ce blessé, les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, nous montrent le développement d'un abcès cérébral et d'une méningite consécutive, survenus après une période latente de quinze à dix-huit jours. Ce fait se rapproche d'observations analogues rapportées dans les cliniques de Dupuytren, dans un mémoire de Quesnet et dans le traité de la suppuration de Chassaignac. — A la suite de l'accident, une période de rémission de durée variable fait espérer qu'il ne s'agit que d'une simple commotion cérébrale; on est porté à croire que tout accident encéphalique est conjuré, quand tout à coup éclate quelque phénomène nerveux grave qui indique le développement d'un abcès cérébral. Rapprochée des faits antérieurs, cette observation pourra donc contribuer à éclairer le diagnostic dans des conditions analogues.

25. *Contribution à l'étude des anomalies musculaires. — Muscle ansiforme sus-claviculaire; tenseur de l'aponévrose cervicale superficielle.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1880, p. 388.)

26. *Des tubercules de la mamelle*

(Thèse de Doctorat avec 3 planches lithographiées, dont 2 en chromo ; in-8° de 120 pages, Paris, 1881. Médaille d'argent de la Faculte de Paris ; Prix Duval de la Société de chirurgie, 1881 ; Prix Godard de l'Institut (Académie des Sciences), 1882.)

Voici comment M. le professeur Gosselin apprécie ce travail dans les comptes rendus de l'Académie des Sciences :

« Il s'agit là d'une maladie rare, difficile à déterminer, que » les cliniciens, et notamment Velpeau, ont entrevue et » admise, sans pouvoir en donner la démonstration anatomi- » que. On présumait bien qu'il s'agissait de tubercules, » lorsqu'une femme présentait, en dehors de la grossesse, les » symptômes d'une mammite chronique, qui se terminait par » une suppuration et des fistules interminables ; mais on » n'avait pas vu la lésion à ses débuts et on n'avait pas poussé » assez loin les investigations anatomiques pour prouver qu'il » s'agissait plutôt de tubercules que d'inflammation simple.

» C'est cette lacune que M. Dubar a essayé de combler. Ayant » eu à sa disposition deux pièces sur lesquelles la maladie était » assez récente, il les a étudiées à l'œil nu et au microscope. A » l'œil nu, il a trouvé une substance grisâtre analogue aux » fongosités des membranes synoviales. Au microscope, il a » trouvé des granulations, des noyaux séparés et agglomérés, » dont un grand nombre à l'état caséeux, et, à l'exemple des » auteurs modernes qui, dans les synoviales fongueuses, » considèrent les éléments qui précèdent comme caractéristiques » du tubercule, il a pensé que le tissu analogue dans la » mamelle appartenait à une lésion de même nature.

» M. Dubar a donc fait sur ce sujet des recherches person- » nelles importantes et a donné la description d'une lésion » inconnue jusqu'à présent, qui n'est certainement pas de » l'ordre inflammatoire simple, et qui appartient sans aucun » doute à la catégorie des néoplasies engendrées par la scrofule. »

27. *Article rectum.*

(*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (en collaboration avec M. le professeur Gosselin), 1881, in-8° de 100 pages.)

Cet article comprend l'anatomie du rectum, les plaies et les corps étrangers de cet intestin, les rectites, les phlegmons et abcès péri-rectaux; les ulcérations, les rétrécissements, le prolapsus et les tumeurs du rectum.

28. *Sur l'absorption par le péritoine, notions anatomiques et physiologiques tirées de la recherche des voies parcourues par les substances absorbées dans l'animal vivant.*

(*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1882, et *Société de Biologie*, novembre 1881 (en collaboration avec M. Ch. Rémy). Monogr. in-8° de 80 pages avec 3 planches en chromo-lithographie. — Mention au grand prix Monthyon de médecine et de chirurgie (Académie des Sciences), 1884.)

Voici en quels termes M. Richet rend compte de cette monographie (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1884, p. 1139) :

« MM. L. Dubar et Ch. Remy ont présenté un mémoire » accompagné de très belles planches sur l'absorption par le » péritoine. Par une série d'expériences variées et très ingé- » nieusement conçues, les auteurs ont démontré qu'un liquide » albumineux, injecté dans le péritoine en suffisante quantité » pour simuler l'épanchement ascitique de cette membrane, est » parfaitement toléré, et qu'ainsi, il est possible de créer une » ascite artificielle sans danger, même chez les animaux dont » le péritoine est très susceptible.

» MM. Dubar et Remy ont ensuite démontré comment se » comporte le liquide injecté. Il se résorbe rapidement et com- » plètement. Comment ? Par les veines d'abord, mais surtout » par les lymphatiques. C'est en colorant ce liquide avec du » carmin ou du bleu de Prusse en poudre qu'ils ont fait cette dé- » monstration. Ils ont retrouvé les matières injectées dans tout » l'organisme, qui se trouve ainsi coloré complètement. Mais » ces matières colorantes, les poussières du moins, sont d'abord » arrêtées, et pendant un temps très long, dans les ganglions » lymphatiques, qui finissent cependant par les laisser passer ; » alors elles circulent et s'arrêtent définitivement dans les plus » fins capillaires qu'elles obstruent sous forme d'embolies » multiples.

» La Commission a accordé une mention honorable pour leur » intéressant travail. »

Nous résumons ici d'une manière concise les résultats obtenus dans nos expériences.

Toute la première partie de notre travail, relative aux injections albumineuses dans le péritoine, est entièrement neuve.

Dans la seconde partie, nous pensons avoir bien mis en lumière le rôle important que jouent non seulement les lymphatiques (ce que nos prédécesseurs avaient bien indiqué), mais encore les origines de la veine porte, dans l'absorption des substances que l'on dépose dans la séreuse péritonéale.

Nous recommandons à l'attention des observateurs la circulation de la lymphe dans le mésentère des lapins, la constatation du passage de la graisse dans les origines de la mésaraïque et le jeu des valvules lymphatiques, tout cela visible à un grossissement de 50 à 200 diamètres.

Dans la troisième partie, nous avons démontré qu'on pouvait tirer grand profit des injections colorées au point de vue de la structure et de la physiologie d'un certain nombre d'organes. La matière colorante agit différemment sur les tissus après la

mort et pendant la vie. Le protoplasma cellulaire pendant la vie incorpore les substances colorantes, tandis que le noyau seul est coloré après la mort.

Nous avons pu démontrer d'une manière complète le revêtement épithélial des tissus lymphatiques des ganglions par une méthode basée sur les propriétés physiologiques de cet épithelium. D'autre part, ces injections nous ont dévoilé le passage de la graisse des voies lymphatiques dans l'épaisseur des follicules ganglionnaires et révélé l'existence de courants des voies lymphatiques vers les voies sanguines.

Enfin nous avons surpris dans le rein l'élimination d'un certain nombre de matières colorantes et de la graisse. Jusqu'à ce jour, les auteurs qui avaient introduit dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire des grains colorés, s'étaient contentés de rechercher leur passage dans les vaisseaux lymphatiques. Dans le péritoine, ils s'étaient attachés surtout à démontrer l'existence de stomates ou de stigmates; des injections dans le tissu cellulaire avaient, il est vrai, pour but de colorer les ganglions. Mais les résultats qu'ils avaient obtenus ne les avaient pas engagés à recommander la méthode des injections sur l'animal vivant.

29. *Article trachée-artère.*

(*Nouveau Dictionnaire de medecine et de chirurgie pratiques*, 1883, in-8° de 40 pages)

Cet article traite de l'anatomie de la trachée, des fractures et ruptures de ce conduit aérien, des plaies, des rétrécissements, des tumeurs (polypes et cancers) de la trachée.

30. *Article trachéocèle.*

(*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 188

31. *Article trachéotomie.*

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1883, in-8° de 35 pages.)

Prenant le mot trachéotomie dans son sens le plus général, dans une acception analogue à l'ancienne dénomination de bronchotomie, nous avons abordé dans cet article l'histoire et la description des divers procédés de laryngotomie et de trachéotomie.

32. *Anatomie pathologique des ostéites.*

(Paris. — J.-B. Baillière, in-8° de 120 pages, avec 7 planches, dont 4 en chromo. — Thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) et soutenue à Paris, le 14 juin 1883).

Ce travail se compose de deux parties : dans la première partie, aprés avoir fait l'historique de la question et avoir précisé le sens qu'il faut donner aujourd'hui au mot ostéite, nous abordons l'étude anatomo-pathologique et histologique de l'ostéite traumatique.

Dans la seconde partie, nous passons successivement en revue les ostéites de l'adolescence, les ostéites rhumatismales, syphilitiques, strummeuses ou tuberbuculeuses. Nous terminons par quelques considérations sur les ostéites, résultant de l'action sur l'organisme de certaines substances nuisibles, ou survenant dans le cours des maladies infectieuses et sur certaines altérations rapportées à l'ostéite qui surviennent sous l'influence de lésions du système nerveux.

33. *Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule très long et extrêmement mince.*

(*Bulletin médical du Nord*, 1885.)

34. *Kyste congénital du cou.*

(*Société de Chirurgie.* — Rapport de M. Monod, 1885, p. 540.)

Nous avons étudié ce fait très complètement, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Nous avons signalé l'existence de prolongements épithéliaux partant de la paroi du kyste et s'enfonçant dans les tissus avoisinants. Leur présence nous paraît être une des causes de récidives si fréquentes après ablation de la tumeur.

35. *Périostite suppurée sans nécrose de la moitié inférieure du fémur droit.*

(*Société de Chirurgie.* — Rapport de M. Berger, 1886.)

Nous avons attiré particulièrement l'attention sur trois points : l'âge du sujet qui fait l'objet de l'observation (52 ans), l'absence de nécrose, les phénomènes généraux au milieu desquels l'affection a pris naissance. Ces derniers, se rapprochant beaucoup de ceux qui s'observent chez les jeunes sujets atteints d'ostéite juxta-épiphysaire, avaient donné lieu aux mêmes erreurs de diagnostic, qui ont été signalées si souvent au début des observations d'ostéite juxta-épiphysaire des enfants

36. *Luxation en arrière avec rotation en dehors de la phalangette du pouce droit.*

(*Société de Chirurgie.* — Rapport de M. Berger, 1886.)

Nous n'avons rencontré dans la littérature médicale qu'un seul fait analogue. Il appartient à M. Lala, qui l'a brièvement exposé dans les bulletins de la *Société anatomique* pour l'année 1856.

37. *Fistule borgne interne du rectum.*

(*Société de Chirurgie.* — Rapport de M. Périer, 1886.)

Les observations authentiques de fistule borgne interne du rectum sont rares. La pathogénie de ces fistules est encore un sujet à l'étude. Nous avons pu saisir sur le fait un des modes pathogéniques de ces fistules. L'ulcération s'était développée au niveau d'une hémorrhoïde ancienne, devenue le siège d'une inflammation suppurative et avait été le point de départ de deux trajets fistuleux remontant assez haut dans le rectum. Au voisinage de l'ulcération ou orifice borgne de la fistule, se trouvaient deux petites concrétions calcaires, entourées d'une certaine épaisseur de tissus indurés (phlebolithes). En soulevant une de ces concrétions avec des pinces, nous avons rencontré une petite ulcération ayant déjà détruit presque toute l'épaisseur de la muqueuse. Cette ulcération serait devenue le point de départ de nouveaux trajets fistuleux.

Lille, imp. Verly, Dubar & Cie.